

XLVIII Legislatura

DIVISIÓN PROCESADORA DE DOCUMENTOS

Nº 824 de 2016

Carpeta Nº 1040 de 2016

Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social

COMISIÓN INTERNA DEL HOSPITAL PIÑEYRO DEL CAMPO

DOCTORES HORACIO PORCIÚNCULA
Y MAGDALENA GARCÍA DEL MSP

PROFESORA DE LA FACULTAD DE SICOLOGÍA
ADRIANA CRISTÓFORO

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 15 de noviembre de 2016

(Sin corregir)

Preside: Señora Representante Nibia Reisch.

Miembros: Señores Representantes Martín Lema Perreta y Egardo Mier.

Invitados: Por la Comisión Interna del Hospital Piñeyro del Campo, señores Pattry Trinidad, Rita Silva, Daniel Ríos y por la Confederación Sindical y Gremial del Uruguay, señor Edgardo Rissotto.

Por el Ministerio de Salud Pública, doctores Horacio Porciúncula y Magdalena García.

Por la Facultad de Psicología, psicóloga Adriana Cristóforo.

Secretaria: Señora Myriam Lima.

Prosecretaria: Señora Viviana Calcagno.

═══II═══

SEÑORA PRESIDENTA (Nibia Reisch).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social da la bienvenida a las señoras Pattry Trinidad y Rita Silva y al señor Daniel Ríos, de la Comisión Interna del Piñeyro del Campo, y al señor Edgardo Rissotto, de la Confederación Sindical y Gremial del Uruguay.

SEÑOR RÍOS (Daniel).- Agradecemos la oportunidad que nos brinda la Comisión de poder explicar nuestra problemática.

Como funcionarios del Hospital Piñeyro del Campo venimos a plantear la realidad que estamos viviendo, sobre todo, después de la ocupación. Teniendo en cuenta la Constitución de la República y la Ley N° 17.940, consideramos inconstitucional el decreto de esencialidad, porque se coartó el derecho de los trabajadores de poder expresarnos sindicalmente.

Actualmente, tenemos un grave problema con la Administración que se rehúsa a sentarse con los trabajadores para negociar. Además, la versión oficial que ha dado ASSE es que los catorce días de ocupación se van a descontar, sin perjuicio de alquileres y otros descuentos que se tengan en el sueldo. Las autoridades no tienen ninguna intención de negociar y nos parece que es una penitencia por la decisión que tomamos los funcionarios en el momento de la ocupación.

La medida de ocupar se tomó después de un año y medio de negociaciones con el directorio de ASSE. Cuando no se alcanzó ningún objetivo y no hubo ninguna respuesta, se negoció en la Dinatra y se presentó la documentación que nosotros entendemos que avala que el beneficio de salud mental es un derecho que nos corresponde. Existe una documentación del año 2012 en la que figura que por orden de ASSE se creó la Red de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, y se introdujo la unidad ejecutora 063 que es el Hospital Piñeyro del Campo. A partir de ese momento, esa unidad debió percibir los mismos beneficios que el resto de las unidades que están en ese plan. Sin embargo, hasta el momento eso no ha sucedido. Además, en el presupuesto del año 2012 se destinó una partida a esos efectos, pero para el Piñeyro del Campo no va absolutamente nada.

Asimismo, todos los días se ejerce una seria represión contra el centro, porque ya no es solamente contra los funcionarios. Como muchos saben, el 10 de octubre es el cumpleaños del hospital y se llevó adelante un acto de represión, ya que ASSE no contrató ninguno de los servicios que siempre brinda, porque se consideró que después de la ocupación los ancianos no merecían tener una fiesta, y todos los servicios fueron contratados por la dirección del centro. Además, no se recibieron donaciones ni se llamó a la prensa, porque no se dieron las órdenes correspondientes. Asimismo, los residentes tuvieron que tomar jugos que se vencían a la semana, porque no se hizo ninguna compra a esos efectos.

Repito que es constante y de todos los días la represión que se ejerce no solo contra los funcionarios, sino contra el centro. Tenemos documentación que demuestra que la lucha que se está dando por parte del gremio está basada en la realidad. Desde el primer momento en que se inició la discusión con ASSE, estamos recibiendo este tipo de respuestas por parte de la Administración y actualmente la situación que se está viviendo es caótica. Es muy complejo estar allí y hay que tener mucho cuidado porque estamos todo el tiempo a la espera de cuál es la decisión que se toma. No existe ningún tipo de negociación, porque las autoridades no se quieren sentar a conversar con nosotros. La realidad es bastante cruda y es muy complicado estar ahí.

SEÑOR RISSOTTO (Edgardo).- Voy a hacer algunas acotaciones con respecto a las palabras del compañero en nombre de los trabajadores.

La esencialidad marcó una diferencia muy grande, porque fue una ocupación con trabajo. Los trabajadores queremos pensar bien y creer que no se trata de un problema de las autoridades, sino que la Central no apoyó debidamente a estos trabajadores. Durante los quince días de ocupación hubo nueve inspecciones de Salud Pública que avalaron que el centro estaba funcionando, no en buenísimas condiciones, pero sí cubriéndose todos los aspectos y preservándose el derecho a la vida. En esas inspecciones no se encontró ninguna irregularidad y no entendemos cómo ASSE, el mismo día en que Salud Pública hizo la última inspección, pidió el decreto de esencialidad al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Por otra parte, pensamos que se está coartando la libertad sindical, porque los funcionarios trabajaron. Todos los trabajadores pusieron el lomo para cubrir las falencias gravísimas que actualmente tiene el Piñeyro del Campo. Queremos dejar constancia de esta situación, porque sabemos que han ido algunos parlamentarios a ver su funcionamiento interno. Hay falencias de la institución y no de los trabajadores.

Además, como la prensa sale solamente a defender al oficialismo, a nivel de los trabajadores no se dijo la verdad. Estos trabajadores no solamente están haciendo un reclamo económico, sino que están pidiendo que se respete un derecho que se generó a partir de 2010 cuando se los incluyó en la Red de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables.

Hubo negligencia de parte del señor Millán, y lo puedo decir con propiedad, porque en todo momento dijo a la prensa que estaba preocupado por la salud de los ancianos. Sin embargo, creo que los que realmente están preocupados por la salud de los ancianos son los funcionarios. El compañero aquí presente expresó las graves represalias que está sufriendo el centro. No puede ser que no haya habido otra inspección después de que se levantó la ocupación. Los funcionarios han denunciado las graves irregularidades que se están dando dentro del centro, que terminan en hechos muy lamentables. Hay que pensar que los funcionarios son mujeres solteras jefas de familia que ocuparon su trabajo para defender sus derechos y hoy los ven cercenados. Reitero que quiero pensar que es la Federación y no las autoridades la que se niega a financiar los días de la ocupación. Es evidente dónde está la responsabilidad, porque se sale a defender la esencialidad.

No obstante, las autoridades están siendo negligentes al no sentarse a negociar. ASSE se lava las manos y le echa las culpas a la Federación y viceversa, y los que quedan en el medio de rehenes son los trabajadores.

Nosotros, como Confederación -hace un año que somos la otra central- pedimos que realmente se piense en los trabajadores y no se cercene la libertad sindical.

Creo que percibir el reconocimiento es un legítimo derecho de los funcionarios. No se está pidiendo nada extraordinario y quiero que quede bien claro que en los catorce días de ocupación se trabajó en mejores condiciones que en los días normales de trabajo. Podemos decir esto con toda propiedad porque estuvimos apoyando desde el primer día y estuvimos trabajando junto con los funcionarios del centro.

Lo que se viene a denunciar, como dijo el compañero, son las graves irregularidades. Además, me gustaría que los legisladores nos explicaran si lo que está sucediendo no es coartar la libertad sindical. Hasta ahora venía todo bien, pero resulta que ASSE se niega a sentarse a negociar los días de ocupación, y hay un lavado de manos o de ASSE o de la Federación.

SEÑORA PRESIDENTA.- Si bien conocemos cómo surgió este problema, sería bueno que se explicara cuál fue el reclamo que llevó a la ocupación, para que quede claro en la versión taquigráfica.

También me gustaría que se especificara cuáles son las falencias que los trabajadores estiman que existen en la institución, y cuáles son las represalias que recibieron por parte de las autoridades de ASSE.

Me gustaría que se profundizara un poco más en estos tres aspectos, porque es importante que quede bien claro en la versión taquigráfica.

SEÑOR RÍOS (Daniel).- En primer lugar, la Comisión Interna del Piñeyro del Campo reclama que se cumpla con lo que se escribió en 2012 respecto a que el hospital esté en la órbita de Salud Mental; solicitamos el reconocimiento del centro dentro del plan. Si bien está establecido en papel todavía esto no se concretó.

Nuestro reclamo es que los funcionarios del Piñeyro del Campo perciban los beneficios que reciben los trabajadores de Salud Mental como ocurre con los de las otras unidades ejecutoras que están dentro del plan.

En segundo término, respecto a las falencias del centro, tenemos inspecciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social que las demuestran. Para quienes no lo conocen, el centro hospitalario está dividido en pabellones a los que son derivados los pacientes dependiendo del grado de complejidad, obviamente previa valoración de un equipo multidisciplinario.

Son dos pabellones con dos plantas -hay salas en planta alta y en planta baja- y según fue corroborado por el propio Ministerio de Trabajo y Seguridad Social las plantas bajas no tendrían que estar habilitadas y no podría haber pacientes. De hecho, cada vez que llueve ambas plantas de los dos pabellones se inundan, por lo que los residentes deben ser trasladados a la planta alta con todas sus pertenencias.

Por otro lado, la estructura edilicia del hospital es muy vieja -aproximadamente de cien años- y si bien es cierto que algunas cosas se han arreglado a otras tantas solamente se las ha pintado; como estructura vieja que es, está bastante deteriorada.

Existen falencias respecto a determinadas resoluciones que toma la dirección del hospital que no son acordes a un centro de salud. En los últimos días los funcionarios solicitaron la compra de botas -para limpiar los baños de los pacientes- y de fajas para realizar la tarea y la dirección del centro dijo que no tenía plata para hacer esa compra. Sin embargo, se destinaron $ 7.000 para colocar una red en una cancha de fútbol del hospital, inversión que nos parece totalmente secundaria.

Durante la ocupación una de las denuncias fue sobre una de las falencias de la dirección.

Respecto a la denuncia presentada porque la medicación no ingresaba al centro por la ocupación, existe un informe de la jefatura de farmacia elaborado por la química farmacéutica del centro que constata que el 23 de setiembre se hizo el pedido de compra de los medicamentos que estaban faltando -nosotros ocupamos el 30 de setiembre- pero que todavía no había salido de la dirección. Cuando el 15 de octubre se levanta la ocupación el pedido estaba encajonado en la dirección del centro.

Luego de la ocupación ingresa una figura de ASSE -la doctora Otero- a la dirección del centro; aparentemente vino como interventora -digo aparentemente porque la Administración no comunicó absolutamente nada- y empiezan los recortes de insumos en la cocina. Esto implica una represalia contra los residentes porque los funcionarios no

consumimos la comida del centro. Entonces, hay menos comida para servir a los residentes; esto fue denunciado pero no ha pasado absolutamente nada.

Se solicitó a la dirección la adquisición de carros térmicos porque en el turno nocturno la comida llegaba fría a los pabellones, pero no se ha hecho nada.

Además, las puertas de los camiones en los que se traslada la comida están rotas. Además, como el camión carece de una estructura fija para colocar las bandejas, la comida no tiene dónde sostenerse. En el hospital hay servicio de herrería por lo que perfectamente podría fabricarse una estructura; su costo no sería importante pero tampoco se hace. En el trayecto la comida se vuelca y llega a los pabellones en el peor estado. Obviamente, cualquiera de ustedes que ingrese al centro le adjudicará responsabilidad al funcionario pero en realidad hacemos lo que podemos con los insumos que la institución nos brinda.

En varias oportunidades se ha solicitando tanto a la dirección del centro como a ASSE la contratación de tisaneros porque como esa figura no existe en el hospital esa tarea la hacemos tanto los cuidadores como los auxiliares de enfermería. Somos nosotros quienes servimos la comida y nos encargamos del comedor.

El tema de las falencias es bastante complicado porque se está trabajando en condiciones caóticas. Tenemos un servicio de logística creado por esta dirección del centro al que se destina todo el material blanco -para curaciones- y el resto del material que va directamente al centro de materiales. El servicio de logística está instalado en la planta baja del edificio donde funciona la cocina. Luego de una inspección del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social fue clausurado porque las compañeras están todo el tiempo respirando hongos. Hace más de un año que se decidió esta clausura y sin embargo el servicio todavía sigue funcionando allí.

En octubre de 2015 la Dinatra del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social labró un acta intimando a ASSE a hacer en cuarenta y cinco días una estructura liviana para realojar a las compañeras. Está por cumplirse el año de esa resolución y aún no se ha hecho absolutamente nada y se sigue trabajando en esas condiciones. Ese material utilizado para curar a los pacientes se pudre, se echa a perder pero se sigue trabajando en esas condiciones.

Con respecto a las represalias, no entendemos -lo dijimos desde un primer momento- cómo puede permanecer un hospital catorce días ocupado y ninguna de las autoridades haya ido luego de que en varias oportunidades expresaron que estaban preocupados por la situación. No entendemos por qué ninguna autoridad fue al centro para ver en qué condiciones estaban trabajando esos funcionarios y en qué condiciones estaban siendo atendidos los pacientes. Nos parece muy raro.

Lo que sí ocurrió -tenemos el registro y la documentación pertinente- es que por parte de ASSE se retiraron dos historias clínicas. Sabemos perfectamente que eso no se puede hacer cuando un centro está ocupado, pero la directora del centro con la orden de ASSE retiró dos historias clínicas de dos pacientes.

En cuanto a represalias, desde el primer día hasta el último nos sentamos a dialogar con ASSE intentando negociar. Cuando las autoridades llegan al centro tratan de sancionar a algún funcionario; se intenta negociar con ASSE y lo primero que hace es cerrar las puertas del centro no brindando la atención que debe a los pacientes. Faltan muchas figuras para poder brindar un servicio calificado.

El centro elaboró un proyecto para que el hospital funcionara mejor, para que los pacientes recibieran una mejor calidad en la atención pero ni siquiera fue leído y tenido

en cuenta por ASSE. En esta iniciativa planteamos que debería existir algún tipo de recreación para los pacientes que no tienen por qué estar las veinticuatro horas sentados en una silla viendo cómo se les pasa la vida. Esta propuesta no fue tomada por la Administración.

Todo el tiempo se trata de buscar alternativas para brindar una mejor calidad de servicios porque con el personal que tenemos lo único que estamos brindando es apenas un servicio y tampoco se tienen en cuenta.

Se intentó hablar con ASSE de todas las formas para negociar durante esos catorce días y es la primera vez en la historia de ASSE que se niega a negociar con los funcionarios de un centro luego de una ocupación. Las autoridades aluden a que como el centro estuvo ocupado hay determinadas cosas que no se tienen que tomar en cuenta. Sin embargo, ya se vio que en la fiesta del 12 de octubre los perjudicados obviamente fueron los pacientes y no los funcionarios porque estamos allí para cumplir la tarea: los vestimos y acondicionamos para que fueran con los funcionarios al salón de actos para disfrutar de su fiesta pero se dio en las peores condiciones porque la Administración no brindó los insumos.

SEÑOR RUBIO (Eduardo).- Saludo la presencia de los trabajadores.

Acompañamos la ocupación y también anteriores luchas. Por lo que entendemos el origen central del problema es el reclamo para que se cumpla con la inclusión del centro en el área de Salud Mental.

Escuchamos al doctor Millán expresar que de ninguna manera los viejitos son enfermos psiquiátricos.

No es un problema de voluntad sino de realidad. Sobre la categorización del centro Piñeyro del Campo como perteneciente al área de Salud Mental hubo por parte de la Dinatra gestiones y alguna decisión. Quisiera saber si la decisión fue comunicada a ASSE y cuál fue su respuesta.

Asimismo, me gustaría saber si hay algún informe elaborado por el equipo técnico del Piñeyro del Campo que avale la necesidad de ubicarlo dentro de un centro de salud mental. A modo de que quede constancia en la versión taquigráfica nos gustaría que nos explicaran por qué se sostiene que el centro encaja en la categoría de centros de salud que atienden a pacientes con patologías mentales.

Cuando fuimos por primera vez nos interiorizamos de las necesidades de personal en el centro. En una negociación con ASSE se acordó ir proveyendo personal en las áreas que faltaban. Quisiera saber si se ha cumplido y de no ser así, dónde están las carencias.

Por último, solicitaría una explicación, para que me quede claro, sobre el tema de la represalia y de esta declaración de esencialidad después de varias inspecciones sin encontrar nada que justifique proceder al descuento de todos los días que se trabajó; yo estuve en la ocupación y el centro estaba funcionando.

¿Cuál fue la última vez que ASSE aceptó negociar con los trabajadores del centro? ¿Hay alguna perspectiva de que se instale una nueva mesa de negociación?

SEÑORA TRINIDAD (Pattry).- Soy secretaria general de la Comisión Interna y explicaré por qué reclamamos el derecho de salud mental.

En agosto de 2012 se creó una división dentro de ASSE que se denominó Salud Mental y Poblaciones Vulnerables. Dentro de esa división se encuentran el Hospital

Piñeyro del Campo, el Vilardebó, las Colonias y el Portal Amarillo. ASSE nos incluyó en esta división.

El Piñeyro del Campo tiene cuatro pabellones con características diferentes; al menos, esa era la idea del hospital. Tenemos un pabellón para pacientes autoválidos o semiautoválidos, otro para pacientes totalmente dependientes y pacientes paliativos, otro para pacientes con patologías psicogeriátricas y otro para pacientes totalmente demenciados. Tenemos un equipo multidisciplinario con cuatro psiquiatras, uno para cada pabellón.

Desde hace bastante tiempo, el Piñeyro del Campo recibe pacientes psiquiátricos del Vilardebó y de las Colonias. Casi toda la población del Piñeyro del Campo recibe medicación; un 90% de la población del Piñeyro del Campo recibe medicación psiquiátrica. Dada esta situación, reclamamos el derecho que nos dio ASSE, aunque hoy no nos lo reconozca, a pesar de tener población psiquiátrica.

Hace un par de meses se redactó un proyecto junto con la dirección, para reclamar el beneficio jubilatorio. A través de ese documento la dirección avala que el 90% de la población del Piñeyro del Campo es psiquiátrica. Es más: tenemos pacientes que van a hacer psiconarcosis al Vilardebó.

ASSE dice que nosotros no pertenecemos a Salud Mental, sino a Población Vulnerable, porque los ancianos se deterioran y desarrollan enfermedades mentales. ASSE no reconoce que tenemos pacientes psiquiátricos jóvenes, con patologías psiquiátricas desde el nacimiento, que no desaparecen con la vejez, sino que se potencian. ASSE no reconoce esto.

Cuando fuimos a la Dinatra llevamos ese documento en el que la dirección avala lo que reclamamos. ASSE dijo que recién entendían la problemática, más allá de que hacía un año que estábamos en negociación por lo mismo.

ASSE dice que no tenemos población psiquiátrica, a pesar de que hay documentos en los que consta esto. Los médicos nos dicen que son psiquiátricos y tenemos actas firmadas por médicos de Salud Pública. Hubo inspecciones, se revisaron las historias y los diagnósticos son esquizofrenias -que no se dan con la vejez, sino que se nace con ellas- y bipolaridades. Estamos en esta pelea desde hace más de un año. Tenemos características de salud mental y de población vulnerable; de hecho, los ancianos y los pacientes psiquiátricos son poblaciones vulnerables.

SEÑOR LEMA (Martín).- Estamos ante un tema de fondo, más allá del reclamo puntual y de esa controversia a la que hacían referencia sobre la ocupación y lo que se les va a pagar.

Sería bueno que entregaran a la Comisión ese documento del que hablan, para que todos sus integrantes puedan contar con él.

Asimismo, me gustaría saber qué alegó ASSE para no pagar los salarios durante la ocupación. La normativa es muy variada y seguramente se ha basado en algún decreto del año 2010 para justificar el no pago de los salarios.

Como vienen con una preocupación legítima, me parece oportuno hacer una apreciación personal. Como sabrán, estamos por comenzar a considerar un proyecto de ley relativo a salud mental, que viene con media sanción del Senado. Soy de los que creen que es mucho más importante discutir la salud mental en términos generales que en un proyecto de ley de salud mental, sin perjuicio de que deban darse las dos cosas. El alcance debe ser general. Una ley nos puede obligar a mejorar en un área o ser solo un cumplido, si en los hechos no se cumple lo que establece.

Hay que discutir a fondo el tema de la salud mental. Por eso creo muy oportuno que traigan esto al debate, que es el tema de fondo. Por más que solucionen esta controversia puntual, dentro de uno o dos años volverá a suceder o volverán a reclamar, en un reclamo que habrá que atender.

Si no me equivoco, el Pabellón D es el de demencia, donde la totalidad de los pacientes tienen inconvenientes de movilidad y demencia…

SEÑOR RÍOS (Daniel).- Hay dos pabellones destinados a ese tipo de pacientes. Sin embargo, en la actualidad, el 90% de los pacientes del centro tiene esa doble patología; por ello estos pacientes debieron ser distribuidos en los cuatro pabellones del hospital. Si bien existen dos pabellones específicos para atenderlos, la población que ha ingresado es mayor a la cantidad de camas existentes. Por lo tanto, se redistribuyeron en todo el centro.

SEÑOR LEMA (Martín).- Soy de los que creen que, más allá de la terminología, hay que evaluar si las tareas que desarrollan son similares, idénticas o de las mismas características a las que se despliegan en los lugres en los que se atiende salud mental. Cuando esto quede establecido, soy partidario de equiparar

No puedo decir que habría que equiparar a la totalidad de los pabellones, porque estaría asumiendo una posición imprudente. Sí creo que hay unidades que, por la tarea que desarrollan y por las características de los pacientes que atienden, deberían ser equiparadas a salud mental.

Esta discusión hay que darla a fondo. Más allá de si se equipara a la totalidad o solo a alguno de los pabellones, hay que empezar a darla. De nada sirve aprobar una ley de salud mental cuando se trabaja en estas condiciones, en un lugar en el que se están tratando aspectos de salud mental.

Tenemos total disposición a escuchar los diferentes planteos. Decidiremos luego, entre los integrantes de la Comisión, los nexos que se pueden hacer con las autoridades, a fin de establecer el ámbito en el que generar esta discusión. Ya que estamos hablando de salud mental a través de un proyecto de ley, hablemos de todas las condiciones de salud mental. De lo contrario, podremos cometer la imprudencia de legislar como un cumplido y no buscando mejorar cualitativamente la calidad de la atención.

SEÑOR RÍOS (Daniel).- Dejaremos en poder de la Comisión varios documentos. Entrego el documento del 8 de agosto de 2012, por el que se incluye al Hospital Piñeyro del Campo dentro de la división Salud Mental y Poblaciones Vulnerables.

También entrego el documento en el que figura el cómputo de la bonificación jubilatoria, de todos los médicos, equipo multidisciplinario y dirección del centro, en el que se demuestra el trabajo con pacientes psiquiátricos.

A su vez, entrego un documento que se hizo en conjunto con los abogados de la Federación, cuando en agosto del año pasado ASSE se negó a pagar la equiparación, argumentando que no tenía fondos. Se investigaron los fondos del Patronato de Psicópatas y se analizó la posibilidad de traspolarlos para pagar el incentivo. Aquí les dejo la solicitud, así como el *mail* de ASSE, por el que se niega a pagar el incentivo.

La última vez que ASSE se sentó a negociar con la Comisión Interna fue el 28 de setiembre, en la Dinatra. Allí ASSE se negó rotundamente a pagar el incentivo. Por parte de la unidad Relaciones Laborales de ASSE vino el doctor Fernando Rovira, sin ninguna documentación, a decir que la decisión del Directorio era la misma y que no se iba a pagar absolutamente nada. A mediados del mismo mes de setiembre hubo una

intimación del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, solicitando al Directorio de ASSE que se expidiera respecto al planteo de los funcionarios.

La Comisión Interna, a través de un estudio con el equipo multidisciplinario del centro, estableció que se necesitaban cien funcionarios más. Dentro de esa cifra estaba la figura del tisanero, que no está comprendida dentro del hospital. Además, se solicitaban algunos insumos para el lavadero y que mejoraran sus condiciones de trabajo, ya que algunos compañeros están trabajando con cables sumergidos en el agua. Hasta el momento no ha habido ningún arreglo dentro del lavadero. Sí se compraron tres carros para el transporte de la ropa. La Dirección de ASSE dice que también se compraron los ventiladores, aunque todavía no están colocados. Dentro del lavadero no hay ventilación y el techo es de chapa; imaginen lo que es ahí adentro con este calor.

De las cien personas que solicitamos, nos dieron veintiocho. Hay doce que tienen doble contrato; la propia Comisión Interna dio esa opción, buscando la posibilidad de reingresar funcionarios. Son veintiocho cargos, entonces, de 256, genuinos. Se solicitó a ASSE que se abrieran cargos de comisión de apoyo para los funcionarios del centro que realizan doble horario, a fin de satisfacer las necesidades del centro hasta que se pueda hacer un llamado. Eso nunca se efectivizó.

A su vez, los contratos 068, por el plan invierno, se iban a renovar automáticamente con el plan verano, pero no fue así. Hay una renovación de contrato por sesenta días. A raíz de la propia ocupación, ASSE decidió renovar los contratos dentro de sesenta días, que es el momento en que se termina la esencialidad.

A través de algunas de las reivindicaciones del Centro se solicitaban materiales. ASSE dijo que los iba a comprar, pero en realidad fueron donados por el Banco de la República.

Ahora voy a contestar la pregunta que nos plantearon en cuanto a por qué el directorio de ASSE decidió no sentarse a negociar los 14 días. De acuerdo con la versión oficial que nosotros tenemos del secretario general de la Federación de Funcionarios de Salud Pública, en el momento en que la ocupación terminó, el doctor Millán había quedado comprometido a negociar "los 14 días". El martes pasado hubo una reunión sorpresa del directorio de ASSE, en la que deciden no sentarse a negociar los descuentos de los trabajadores. Entonces, sin dar ninguna argumentación ni dejarlo documentado, solamente a través de una llamada telefónica dicen que no se sentarán a negociar. Hasta el martes se iban a sentar a negociar, pero ese día se reunieron y decidieron que no lo harían; eso es todo lo que sabemos; no tenemos ninguna otra información.

Me voy a referir a la ley de salud mental y al incentivo dentro del Centro.

La Organización Mundial de la Salud deja en claro que existe la encuesta de *burnout*, que mide el grado de -entre comillas- "quemado". Esa es la terminología que se utiliza; se mide cuán "quemado" está el funcionario que está trabajando con este tipo de pacientes. Hace un año y medio se hizo la encuesta en el Hospital y se llegó a que el 90% de los funcionarios del Centro estaban "quemados". A partir de allí se empezó a buscar soluciones alternativas a esta situación. Como se había solicitado el ingreso de funcionarios y la equiparación del Centro dentro del plan de salud mental, pero no se logró ninguna de las dos cosas, se trató de encontrar la forma de no seguir sobrecargando al funcionario y así evitar que terminara más lastimado de lo que ya estaba. En aquel momento, la dirección del Centro consideró que cada seis meses debería rotarse a los funcionarios. Esto implicó que todos los funcionarios que estaban en el área de atención directa al paciente deberían rotar de pabellón cada seis meses o cada

vez que su salud mental o física lo requiriera. En varias oportunidades, se ha sacado funcionarios que no trabajan en la atención directa para ir a dar una mano, ya que no contamos con personal suficiente para cubrir la atención necesaria. Por lo tanto, nosotros consideramos que todos tienen derecho a percibir ese salario y a plantear ese reclamo dentro del área de salud mental, ya que, de una u otra forma, ayudan a que -por decirlo de alguna manera- la tarea sea un poco más aliviada todos los días. Los 411 funcionarios que tiene el Centro estamos tratando de sobrellevar la situación y, dentro de las pésimas condiciones existentes, intentamos darles la mejor atención posible.

Estuvimos leyendo el proyecto de salud mental; tenemos varias discrepancias con él. Como ya dije anteriormente, hoy existe una reglamentación dentro del área de salud mental que no se está cumpliendo. Si no se cumple con la reglamentación vigente, es difícil pensar si se cumplirá una nueva. La recreación es uno de los primeros derechos que tienen los pacientes que estén dentro del área de salud mental. Sin embargo, en el Centro, no la tienen, pese a que existen funcionarios para esa tarea. Tenemos técnicos talleristas para llevarla a cabo, pero como no hay recursos ni disposición por parte de ASSE, nadie la realiza. En caso de que esos talleres se realicen, no tenemos funcionarios para hacer los traslados de los pacientes. Es tan grande la carencia existente que los propios funcionarios que estamos dentro de los pabellones, después de terminada la tarea, tendríamos que llevarlos.

Tal como lo hemos manifestado en varias oportunidades, nos sentimos muy preocupados porque no existe una política por parte de la Administración de Servicios de Salud del Estado que contenga y sostenga a ese tipo de pacientes. Será difícil sentarse a discutir sobre un proyecto de ley cuando no se cumple con el que existe hoy.

SEÑORA VIEL (Stella).- Voy a plantear algunas preguntas. ¿A qué se refieren cuando dicen "la otra central", ASSE o la Federación? ¿Cuál es la edad establecida para ingresar al Piñeyro? ¿En qué condiciones se encuentran los pacientes que llegan? ¿Son violentos o peligrosos?

Voy a hacer una aclaración porque trabajé durante un año en la creación del proyecto de salud mental. En él participaron todos los actores involucrados, inclusive, el Vilardebó; fue abierto, lamento que no se les diera la instancia para participar.

El proyecto de salud mental no fue fácil; había que corregir una ley y dejar de lado el estigma de los famosos locos. Es un proyecto de salud mental con una cuota de humanidad muy fuerte, pasible de ser corregido con todos los actores; esta es la sociedad uruguaya; con errores o con aciertos. El proyecto será considerado en la Cámara de Diputados; dialogaremos y discutiremos como se hizo durante un año, con todos los actores. También fueron compañeros y empleados de las Colonias al servicio de la salud, y de Radio Vilardevoz. Es decir, participaron todos.

Reitero: no es un proyecto fácil. No se puede estigmatizar. Por distintos motivos cualquiera de nosotros puede padecer una enfermedad mental.

Soy gran defensora de ese proyecto. Si lo comparamos con lo que teníamos, creo que hemos avanzado muchísimo.

SEÑOR RÍOS (Daniel).- La información relativa a la edad de ingreso al Centro pueden verla en el menú de ASSE. Para ingresar al Centro el paciente debe ser mayor de 65 años y tener una problemática mental, funcional o médica que determine fragilidad. O sea que dentro de los criterios de ingreso se marca que debe ser vulnerable.

La problemática con la que ingresa cada paciente es personal, de acuerdo con la patología que sufre. Gracias a Dios -por decirlo de alguna manera- últimamente nos están

llegando bastante controlados. Pero hubo épocas en las que nos llegaban pacientes muy complejos, con mucha agresividad. En esos casos lo primero que se hace es determinar medidas de contención, y que lo vea el psiquiatra para que haga una valoración y establezca la medicación necesaria para estabilizarlo.

Voy a hacer referencia a una de las grandes contrariedades que hay con respecto a este tema. Desde hace tres meses hemos recibido una totalidad de diez ingresos, ocho de los cuales han sido coordinados de Vilardebó. Creo que vale aclarar las unidades a las que han sido destinados. Tenemos un paciente de las Colonias dentro del pabellón A. De los ocho ingresos de Vilardebó, cuatro fueron a un pabellón B, porque son pacientes autoválidos y no tenemos lugar para darles una cama dentro de un pabellón D o C. Como dije anteriormente, se continúa colocando ese tipo de pacientes en todo el Hospital.

SEÑOR RISSOTTO (Edgardo).- Para dar respuesta a la pregunta formulada por la señora diputada, voy a dividirla en dos partes. Primero me voy a referir a la otra central y a la federación; luego voy a hablar sobre lo que es salud.

La otra central se creó el 6 de noviembre de 2015 debido a todas estas cosas. Acá hay un tema político; no se piensa en la vulnerabilidad de los ancianos. Digo esto porque acá tenía que estar sentado el defensor de los trabajadores que, en este caso, sería la federación.

Nosotros, como un grupo de sindicatos, hace un año que decidimos dejar la política partidaria para trabajar por y para los trabajadores; por eso se armó esta nueva central. Por algo obvio la prensa no quiere reconocernos. El sábado, después de un año, terminamos con un congreso. Hoy tenemos un plan de trabajo que busca, fundamentalmente, defender al trabajador. A eso tendrían que dedicarse las organizaciones. Acá tendría que estar -paso por encima de mis compañeros- el representante de los trabajadores, defendiendo su posición.

Respecto a la salud puedo garantizar que el 90% de los funcionarios no médicos que nos dedicamos a la salud somos vocacionales. Hay que tener verdadera vocación para estar cuidando a otras personas y, en mi caso particular, adultos de la tercera edad.

Cualquier profesional que vaya al Piñeyro podrá ver que no son solamente dos pabellones que están marcados. Como dijo mi compañero, el 90% de las personas que están allí toman medicación psiquiátrica. Más allá de que hay que defender a esta gente, se tiene que cuidar de ellos, porque vamos a ser claros: en el Piñeyro del Campo dejan tirados a los pobres viejos como despojos. Entonces, como funcionarios, tenemos que dar lo mejor de nosotros. Pero para ello necesitamos trabajar en buenas condiciones, que es lo que realmente no se puede hacer.

Aquí se dijo que este era un problema económico y se expresó, por todos lados -resalto las palabras del señor Millán-, que se debía a un incentivo. No es así. Lo que están reclamando los funcionarios es su derecho a estar comprendidos entre los trabajadores de la salud mental. Si no hay plata por un problema político -disculpen que hable en estos términos- o porque quedó fuera de la rendición de cuentas, es un problema aparte. Acá lo que se está peleando es el reconocimiento. Después hablaremos de la plata pero, en primer lugar, se busca el reconocimiento.

Por ese motivo, hoy estamos sentados aquí, más allá de que traerá consecuencias. Estamos aquí sentados como representantes de los trabajadores, defendiendo sus derechos.

SEÑOR MIER (Egardo).- En primer lugar, aclaro que soy médico a quienes no me conocen. No tengo ninguna duda de que el cien por ciento de la población del Hospital

Piñeyro del Campo es vulnerable y de que un altísimo 90% -o más- tiene patologías mentales. Es un hecho de la realidad, en la actualidad y antes.

En cuanto a la participación de todos, me la cuestiono muchísimo. Es inadmisible que esto esté pasando en la gestión de salud en este país, absolutamente inadmisible e injustificable. No participamos todos. Para empezar, la oposición quedó fuera de la gestión de ASSE. Para continuar, la participación de los compañeros trabajadores de la Federación de Funcionarios de Salud Pública, no representa a todos los trabajadores -diría que cada vez representa a menos-, por lo que no tienen la voz de los trabajadores. Para seguir, los representantes de los usuarios tampoco representan a todos los usuarios, porque no están legitimados por ellos. Entonces, "la participación de todos" es algo que tomo entre comillas.

Creo que les asiste total razón. En lo personal, me comprometo a tratar de buscar los caminos adecuados. Ustedes saben que los legisladores son muy lindos en el verso, porque eso es lo que hacemos: verso, ya que, en realidad, después no contamos con demasiadas herramientas para poder demostrar que nos interesan los temas que nos plantean. En lo personal, tienen mi compromiso. Tienen razón en su planteo y van a contar conmigo en lo que pueda hacer para que este problema se solucione.

SEÑOR RÍOS (Daniel).- En primer lugar, agradezco que nos hayan recibido para escuchar el planteo del Centro. Para el gremio, resulta bastante complejo explicar la realidad porque, a veces, contrasta con lo que plantea la administración o las personas que tienen que supervisar que no ocurran las cosas que nosotros estamos denunciando que suceden.

Hace un año y medio que participamos en esta Comisión interna. Para nosotros, ha sido un trabajo bastante extenso y complicado. Como sabrán los señores diputados, es muy fácil venir a hacer un planteo aquí, pero sentarse a negociar es un peso aparte, porque intentamos que entiendan y demostrar, mediante documentos, que el bien que buscamos no solo es para los funcionarios, sino especialmente para los residentes. Eso es lo que más duele, porque, en realidad, nadie lo ve. A mí no me beneficia que entre más gente en el Hospital Piñeyro del Campo; tampoco me beneficia, en lo personal, que el Hospital funcione como debería: los beneficiados aquí son los pacientes. En realidad, a nosotros nos frustra mucho esta situación. Sabemos que se puede dar más. Nosotros damos lo que tenemos; más, no podemos. Es complicado salir a decir esto y que se entienda la postura del funcionario que está de este lado, independientemente de que, en muchas oportunidades, se cree que lo que estamos reclamando es plata. Si se reconociera al Centro como tal, se podría abrir la posibilidad de que nuevos funcionarios ingresaran y podría competir en el mercado; aunque parezca mentira, es una realidad.

Estamos a la orden para evacuar cualquier consulta que se desee o aportar cualquier documentación que requieran en cuanto al Centro y a todo el trabajo que se llevó adelante.

SEÑORA PRESIDENTA.- Quiero hacer algunas consideraciones.

En primer término, agradecemos la visita y la exposición que hicieron, que fue muy clara para todos y nos deja herramientas para trabajar.

En segundo lugar, quiero aclarar un término empleado por mi estimado amigo, el diputado Egardo Mier, en el sentido de que somos un verso. Vamos a aclararlo. Esta es una Comisión de carácter legislativo; por eso, no tenemos capacidad de resolver los planteos que nos hacen. Sí somos un órgano que recepciona lo que nos dicen y, como Comisión, decidimos qué hacer. Podemos elevar todos los planteos que nos hicieron al Poder Ejecutivo, a ASSE, al Ministerio de Salud Pública, probablemente con el envío

también de la versión taquigráfica de esta reunión. Podemos convocar por este tema tanto a ASSE como al Ministerio de Salud Pública. No tenemos capacidad resolutiva, pero tampoco hacemos verso.

La característica que tenemos todos los integrantes de esta Comisión, más allá de que tenemos diferencias políticas porque pertenecemos a distintos partidos políticos, es que somos muy trabajadores, y hemos logrado muy buenos resultados sobre la base de nuestro trabajo, sin mirar el tinte partidario de cada uno.

Sé que el señor diputado Egardo Mier va a hacer su descargo, pero quería aclarar eso: esta Comisión es legislativa, no tiene carácter resolutivo, pero sí nos comprometemos a hacer gestiones, a convocar a las autoridades que corresponde y, más allá de enviarles la versión taquigráfica de esta reunión, en función de los datos que nos han proporcionado, a participar en el cuestionamiento de estos temas ante las autoridades.

SEÑOR MIER (Egardo).- Como verán, tenemos una excelente Presidencia. Aceptamos el tirón de orejas y ofrecemos la otra, por si quiere tirar de ella también. Compartimos totalmente la observación que planteó.

SEÑOR RISSOTTO (Edgardo).- Quiero hacer una aclaración al señor diputado Rubio, que preguntó qué pasaría de aquí en más con las negociaciones. Entiendo cuáles son las funciones de esta Comisión. Los trabajadores queremos seguir creyendo en el Poder Legislativo, queremos seguir creyendo en los diputados y en los senadores, más allá del tinte político que tengan.

Queremos que sepan que, a partir de ahora, a estos trabajadores del Piñeyro se les va a complicar muchísimo a nivel político y se les van a cerrar muchas puertas. ¿Por qué? Porque, lamentablemente, están haciendo un frente, defendiendo sus derechos -como cualquier trabajador- ; la organización en la que están no los ha salido a respaldar, por lo que no se pueden quedar callados y solos.

Por eso, en la medida de sus posibilidades, nos gustaría que pudieran destrabar este tema con ASSE, simplemente solucionando lo de los quince días de pago. Aquí hay mucha gente que se las va a ver muy negras si se aplica ese descuento. Después se verán los medios de negociación con relación a la salud mental. Lo que más preocupa a los trabajadores y, en este caso, a quienes los representamos, es que se pueda pagar esos catorce días, como se ha hecho ante muchas ocupaciones, en las que todo se arregla. Todos sabemos que la representación es la que tiene que negociar eso. Solo eso les pedimos. Los trabajadores queremos seguir creyendo en el Poder Legislativo.

SEÑORA PRESIDENTA.- Fotocopiaremos el material que nos entregarán para distribuirlo a todos los integrantes de la Comisión.

Agradecemos su concurrencia y quedamos a las órdenes.

(Se retira de sala la delegación de la Comisión Interna del Hospital Piñeyro del Campo y de la Confederación Sindical y Gremial del Uruguay)

(Ingresa a sala una delegación de la Dirección de Salud Mental de ASSE)

——Esta Comisión tiene el gusto de recibir a una delegación de la Dirección de Salud Mental de ASSE, integrada por la doctora Magdalena García y el doctor Horacio Porciúncula, acompañados por la profesora Adriana Cristóforo, de la Facultad de Psicología. Los convocamos para conocer su opinión sobre el proyecto relativo al Carné de salud básico y de adolescente, que fue presentado por la diputada Patricia Vázquez Varela, el 17 de mayo de este año.

SEÑOR PORCIÚNCULA (Horacio).- Agradecemos la invitación. Para nosotros es un gusto compartir con los legisladores algunas cuestiones vinculadas con este proyecto de ley.

También vemos con mucho placer el hecho de que en la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social exista preocupación por dos temas que nos parecen trascendentales y básicos. Uno tiene que ver con las conductas adolescentes y el impacto que tienen en su vida, en su futuro, en la familia y en la sociedad en general. El otro refiere al control de las conductas, y sobre todos las violentas, en el adolescente.

Es bastante complejo pensar en cuáles podrían ser las medidas preventivas para evitar que esas conductas se expresen con tanta evidencia como está sucediendo actualmente. También es difícil encontrar indicadores que permitan prever esa conducta futura en el adolescente. El carné adolescente, que es una herramienta preciosa y que implica que los profesionales podamos tener contacto con los adolescentes en forma bastante temprana, presenta dificultades como la concurrencia del adolescente en forma espontánea a realizarlo.

O sea que inicialmente estamos frente a dos dificultades. Una es que haya herramientas que puedan ser lo suficientemente claras como para generar algunas de las perspectivas futuras en cuanto a la conducta del adolescente. La otra es que los adolescentes que concurren a determinados espacios en forma espontánea no son tantos como se quisiera. Algunos lugares captan adolescentes, fundamentalmente las emergencias cuando algunas de esas conductas determinan un quebranto de salud.

Otro elemento a tener en consideración es la incidencia de algunas cuestiones que hacen a la explosión de las conductas violentas, como por ejemplo el consumo de sustancias psicoactivas, especialmente las que tienen factores desinhibidores como el alcohol o la cocaína. Cabe aclarar que no es el caso de la marihuana que genera otro tipo de trastornos que no son los de desinhibición de la conducta. En ese sentido creemos que se debe hacer hincapié, porque la percepción de riesgo que tienen los adolescentes en cuanto al consumo del alcohol es muy baja. Los estudios que han hecho la Junta Nacional de Drogas, el Observatorio, etcétera, muestran que el 95% de los adolescentes no percibe como una situación de riesgo el consumo de alcohol. Esto lleva a que la conducta habitual, ya sea en la previa o en los encuentros de adolescentes, sea que se utilice frecuentemente el alcohol como un desinhibidor que facilita la posibilidad de lubricar el vínculo social. El uso de la cocaína no es tan frecuente ni impactante en el adolescente, pero cuando aparece es un muy fuerte desinhibidor.

Además, últimamente las pastillas con sustancias químicas han sido un elemento que nos empezó a preocupar, sobre todo en algunos adolescentes que hemos visto clínicamente y que al referirse al consumo de sustancias alucinógenas o desinhibidoras de gran importancia nos dicen: "Yo estoy tomando de las buenas y no las que detectaron que son malas". Esto nos está preocupando mucho, porque se genera una percepción en los adolescentes y jóvenes de que no existe riesgo.

Entonces, en términos generales dentro de los elementos más complejos de este proyecto está la posibilidad de encontrar una herramienta que sea predictora de la conducta violenta futura. Lo que sí resulta positivo es el hecho de que en el carné adolescente o con la aplicación de algún tipo de herramientas, se pueden detectar situaciones de emergencia y riesgo. Además, cuando el adolescente consulta por situaciones de traumatismos diversos, por ejemplo un esguince de tobillo, el profesional se imagina que se dio durante una práctica deportiva. Sin embargo, cuando se hace un análisis más profundo resulta que estaba saltando un muro porque había hecho una invasión de propiedad privada como producto del consumo de sustancias.

Lamentablemente, en los últimos días hemos visto que adolescentes y jóvenes debido al consumo de sustancias llevaron a cabo conductas muy violentas y agresivas que nos impactaron como sociedad, porque se produjo la muerte de un chico.

Por lo tanto, tenemos que pensar que la consulta médica de emergencia y la psicológica de los equipos básicos de salud mental y territorial deben estar alertadas para la detección de esas situaciones. Hay algunas herramientas que detectan muy rápidamente estas situaciones y son de fácil aplicación, como el test Audit para el consumo de alcohol cuando se transforma en problemático y la prueba Assist que es para alcohol y otras drogas. El tiempo que se demora en aplicarlas es de diez minutos y el Ministerio de Salud Pública está trabajando para que se utilicen en todos los lugares en los que consultan los adolescentes. Esto sería un muy buen indicador para detectar una acción terapéutica posterior.

En definitiva, nuestro planteamiento va por ese lado. Es decir que es bienvenida la preocupación y la posibilidad de utilizar algunas herramientas que detecten ciertos aspectos que posteriormente pueden estar vinculados. El doctor Gabriel Rossi que es un colega que trabaja en el Ministerio de Salud Pública y es experto en la vinculación entre el alcohol y la adolescencia, escribió un libro llamado *La previa*. Hace unos días nos comentó la posibilidad de que a través de un cómic se planteen ciertas situaciones de conflicto y consultar al adolescente qué conducta tomaría frente a determinada circunstancia. Esto es muy sencillo y se podría hacer en la sala de espera. Sería un buen elemento para iniciar la consulta con el adolescente. Por ejemplo, en el cómic propuesto se plantea que el adolescente se tiene que encontrar con una chica, se empieza a preocupar, va a la heladera y agarra una botella de cerveza. La pregunta es si la toma o no. Es algo muy sencillo y permite empezar a hablar sobre el consumo de esa sustancia.

SEÑORA GARCÍA (Magdalena).- Coincido con el doctor Porciúncula.

Quienes desde hace tiempo trabajamos con la niñez y la adolescencia, al igual que toda la comunidad, estamos preocupados por la problemática de la niñez, adolescencia y violencia, ya sea como receptores o generadores de violencia. Nosotros desde siempre estamos buscando alternativas que nos permitan detectar e intervenir, y ojalá pudiéramos encontrar una que nos sirviera. Hasta ahora no ha sido posible con una sola técnica detectar la potencialidad de generar violencia, como se detectan la diabetes o la hepatitis. Es difícil detectarlo en los adultos y mucho más en los niños y adolescentes. Quienes trabajamos con niños que han sido violentados hemos tenido que comparecer en audiencias y hemos visto que las personas que han violentado a los niños han pasado todas las pruebas como *gentlemen* y se han puesto en el bolsillo aun al juez que tienen delante. En esos casos, uno se siente que está mintiendo y pidiendo disculpas.

¡No importa! ¡Esto pasa en las mejores familias! En situaciones de violencia de adultos o adolescentes grandes hacia la infancia por el aspecto, presentación y trayectoria de vida de la persona no es posible predecir, afirmar o negar rotundamente que haya sucedido un evento violento hacia un niño, especialmente hacia un adolescente.

Por otro lado, es imprescindible distinguir la agresividad propia del instinto de vida que desarrollan niños y adolescentes que crecieron en circunstancias adversas para protegerse del ataque. Es el encendido -es entendible- del cerebro bichito que todos llevamos dentro. Todos tenemos un sistema límbico -el bichito que todos llevamos dentro- que ante situaciones adversas se enciende para proteger en primer lugar la vida, en segundo término, los cachorros, las crías y el territorio, aunque más vinculado a la masculinidad; todos tenemos ese instinto presente.

Una cosa es la agresividad que traemos con nosotros, es propia de los seres vivos por el instinto de vida y de protección.

Otra cosa son las conductas violentas, las formas de respuestas que encontramos frente a lo que nos amenaza.

Para simplificar: agresivos nacemos, violentos nos hacemos. Es una construcción con elementos mucho más culturales. ¿Cómo respondemos? ¿Cómo nos protegemos?

En la niñez y adolescencia estamos viendo cada vez con mayor frecuencia que ese encendido de la agresividad buena para la vida se transforma en una constante de respuestas violentas muchas veces absolutamente injustificadas; no son para defender la vida.

Los niños y adolescentes son seres en desarrollo. Estamos viendo como factor predictor del uso adecuado de la agresividad buena para la vida el desarrollo de la empatía que como seres humanos desarrollamos a lo largo de la vida. Todos nacemos también con esa capacidad. Hay estudios sumamente interesantes de las neuronas en espejo, de la neurobiología, que nos ha dado mucha luz; evidencia lo que observamos desde afuera, ahora sabiendo qué pasa adentro.

La empatía es otra cualidad humana; nacemos empáticos y eso nos permite amortiguar la agresividad buena para la vida. Cuando se enciende el bichito la empatía amortigua. Me enciendo pero mi condición humana hace que baje mi respuesta de agresividad para el daño; empatizo con lo que estoy viendo, vibro, me puedo poner en el lugar. Empatía es ponerse en la situación del otro, poder pensar y sentir como el otro y eso me permite regular, armonizar esa respuesta.

Pero estamos comprobando muchas dificultades con la empatía que empieza prácticamente desde la concepción y que se desarrolla a lo largo de toda la vida a través de la forma de educar y criar a los niños. Insisto en la empatía porque de pronto es uno de los factores posibles a detectar. Escucharé atentamente a la compañera de la Facultad de Psicología que implementa las baterías de posibilidades diagnósticas a través de test, pero no tengo la certeza de que mediante un test se pueda detectar algo y menos en la adolescencia, seres en desarrollo y porque no es lo mismo hacerlo a los doce, trece o dieciocho años de edad y mucho menos si media una educación adecuada y partiendo de la base de la que partí: aprendemos a ser violentos y felizmente también desaprendemos a ser violentos. Esa es la fortaleza.

Podemos detectar tempranamente fallas en la empatía; si bien pueden aparecer en un test específico como un rasgo a destacar, lo vemos mejor en la vida cotidiana, en el seguimiento que un educador, docente o un equipo de salud básico como el de los centros adolescentes puede observar, chequear. Quizás tengamos que empezar a analizar con más rigurosidad cómo evolucionan estas características centradas en la empatía, solidaridad, respuesta ante el dolor, capacidad de vibrar con lo que el otro siente, capacidad de respetar la propiedad ajena; deberíamos potenciar cómo eso se puede ir acompañando en el desarrollo más que buscarlo en un momento específico, en un test, en una foto de un día. Seguir un proceso de desarrollo y crecimiento nos permitiría ir viendo estrategias de detección y de intervención; no es solo detectar sino también intervenir. Esto referido a niñez y adolescencia.

En la etapa adulta, la nosografía con la que contamos en medicina y psiquiatría pediátrica y de adultos no nos permite hacer un diagnóstico respecto a la conducta o personalidad de un niño adolescente que no ha cumplido dieciocho años de edad, precisamente porque los tiempos tienen que pasar, hay que esperar la maduración y la educación que tiene que recibir. Sí podemos predecir o inferir si un niño tiene conductas

de riesgos, consume, es poco empático, si habría que acompañarlo de una manera especial para que no lleguen a constituir un trastorno que genere alteraciones conductuales violentas graves.

En el adulto resulta más difícil; el cemento cuajado es mucho más difícil de romper. Por eso quienes trabajamos con niñez nos inclinamos a empezar lo antes posible, en la niñez.

Pero cuando se trata de un adulto difícilmente podamos encontrar trazadores que nos permitan diagnosticar. Podemos observar conductas, describirlas pero a veces resultan engañosas y suceden hechos violentos, graves que de ninguna manera pudimos haber anticipado.

El proyecto en discusión hace referencia a la aplicación de test psicológicos a personal de la Policía, del Ejército Nacional y a personas que porten armas. Lamentablemente sabemos que muchas de las situaciones violentas se cometieron en manos de quienes habían pasado por esos test; no fueron suficientes. Eso da cuenta de que por lo menos en este momento -la profesora Cristóforo me corregirá- dentro de la batería de test psicológicos con los que disponemos no podemos hacerlo. Podemos medir inteligencia, rasgos de personalidad, determinadas características pero no hay ningún trazador que nos permita predecir si una persona puede cometer delitos violentos o violencia sin ser delito -aunque siempre termina siendo delito porque daña a la persona, a la propiedad- o no. Solamente con eso podemos equivocarnos mucho.

SEÑORA CRISTÓFORO (Adriana).- Aunque me vaya a otros temas voy a referirme específicamente a la evaluación psicológica porque comparto lo que se expresó.

No existe -creo que nunca existirá- un test con un valor predictivo de tal envergadura. Las conductas de cualquier ser humano no tienen que ver solamente con cuestiones internas que son las que evalúa un test, sino también con lo que entendemos como condiciones de producción.

Los psicólogos sabemos que a través de los test tenemos una visión de un sujeto recortada -del aquí y de ahora- y que lo que podemos evaluar no siempre se transforma en conducta. Como decía la doctora García, hay muchas cosas que dependen de que se despierte el bichito; me refiero a condiciones externas que provoquen el hecho. Esto que puede parecer una limitación de los test para mí es una riqueza que tenemos los seres humanos. No somos de una vez y para siempre de una manera.

Aunque no sea la intención, incorporar una evaluación de este tipo al carné de salud establece un nivel de discriminación porque es un momento de evaluación del sujeto. En lugar de aportar se desvirtúa lo que se pretende. Más allá de que no existan instrumentos o test, tampoco la evaluación psicológica sirve como instrumento para esto.

El otro aspecto planteado en la exposición de motivos es el formato de evaluación psicológica específica para el campo laboral; con todas las limitaciones que refería la doctora García, también tiene un bajo nivel predictivo, no es una evaluación genérica. Cuando los psicólogos hacemos una evaluación para un perfil laboral es para un cargo de una institución específica. No es por ejemplo, para los policías del mundo, es para los policías que van a trabajar en nuestro país, en nuestro Ministerio del Interior, con determinadas características y condiciones institucionales. Siempre se procede así cuando hacemos una evaluación.

No existe una aptitud psíquica genérica para ningún desempeño laboral. La misma persona puede desempeñarse muy bien en determinadas condiciones y muy mal en otras. Tampoco la evaluación psicológica es un instrumento que permita predecir cómo

se va a desempeñar el sujeto en el futuro porque si de pronto la evaluación se hace hoy y se presenta un trabajo dentro de tres años, la evaluación no tiene ninguna validez. En nuestro país instituciones como el BPS no considera válida ninguna evaluación que tenga más de un año de realizada.

Si a esto agregamos lo que decía el doctor Porciúncula respecto a que los adolescentes no suelen concurrir regularmente a la consulta psicológica, rápidamente lo que hagamos puede perder la vigencia de por sí acotada.

SEÑOR MIER ESTADES (Egardo).- Les agradezco que hayan venido, algunos por primera vez.

Las tres exposiciones me han parecido realmente esclarecedoras. En lo personal, tenía muchas dudas respecto a este proyecto de ley. Por suerte, antes de legislar, esta Comisión siempre intenta nutrirse con los técnicos y profesionales más destacados, para ver si está en el camino correcto. Tenía la impresión de que le podíamos errar, generando una cantidad de dificultades operativas, de costos, etcétera, en lugar de propiciar aspectos positivos de prevención. Les agradezco muchísimo, porque las tres exposiciones han sido muy pero muy ilustrativas.

SEÑORA PRESIDENTA.- Reitero el agradecimiento manifestado por el señor diputado Egardo Mier Estades. Sus palabras son las de todos nosotros. Valoramos muchísimo el aporte que nos han brindado. Sabemos que son los mejores técnicos en el área y por eso los molestamos con la invitación.

Todos teníamos la misma sensación, sin tener los conocimientos; con los conocimientos que ahora nos expusieron, quedó claro que este proyecto no es oportuno.

Posiblemente los volvamos a molestar para consultarlos sobre otros proyectos de ley. Como decía el señor diputado Egardo Mier Estades, antes de tomar decisiones siempre buscamos las opiniones de los técnicos que tengan injerencia en los temas.

SEÑOR PORCIÚNCULA (Horacio).- Agradezco sus palabras y tomo la preocupación que manifiestan.

Hace muchísimos años que trabajamos en el área de la salud mental y, por diversas circunstancias, en estos últimos tiempos nos hemos encontrado con el relato de personas que expresan temor frente a situaciones de la vida cotidiana. Entonces, uno siente que algo tiene que aportar desde el lugar en que está.

La doctora Magdalena García hacía referencia a esa parte instintivo pulsional del cerebro. La naturaleza, en el desarrollo filogenético, ha determinado que el cerebro tenga herramientas para contener esos impulsos, y es ahí donde actúan las drogas: en el campo de la toma de decisión y de la inmediatez.

Hemos visto -porque también tenemos en nuestra área de trabajo el sistema de asistencia integral a personas privadas de libertad- usuarios a los que no les dará la vida para arrepentirse de ese segundo en el que cometieron el error de dejarse llevar por el impulso. Me viene a la mente el caso de un chico de diecinueve años que agarró del cuello a su novia y le produjo una lesión irrecuperable. Me decía que, habiendo consumido alcohol y en el medio de una circunstancia determinante de ese enojo, no pudo controlarse y en un instante, solo en un instante que duró escasos minutos, quebró varias vidas: la propia -ya que tuvo que estar detenido por largo tiempo- la de la chica y la de las familias.

Entonces, entendemos muy válida la preocupación de la Comisión. Quizás tengamos que seguir trabajando no en instrumentos que permitan detectar la conducta

futura sino en todas aquellas conductas que van determinando que no se pueda controlar un impulso. Eso va en la educación, en el abandono escolar temprano, en el consumo de sustancias por parte de una madre cuyo hijo empezará su vida con carencias.

Les agradezco mucho por los elogios, que son inmerecidos.

SEÑORA PRESIDENTA.- Somos honestos en las expresiones.

SEÑORA CRISTÓFORO (Adriana).- Me parece muy importante la cuestión de la prevención.

La prevención no está solo en el diagnóstico precoz, que es un formato de prevención, sino en todo lo que podemos hacer para evitar que se produzcan determinadas cosas. Sin lugar a dudas, porque está estudiado, la educación es un factor protector, y por eso es importante realizar todas las acciones posibles para que los jóvenes se mantengan en el sistema educativo; las prácticas de crianza también son factores protectores. Precisamente, vemos que las prácticas de crianza han cambiado mucho y por eso estamos asistiendo también al cambio de conductas en niños y adolescentes. Debemos enfocarnos en la prevención dirigida hacia otro lugar, y no solamente hacia el diagnóstico precoz.

En realidad, por parte de Facultad de Psicología, los agradecidos somos nosotros y estamos a vuestra disposición.

SEÑORA PRESIDENTA.- Gracias.

(Se retira de sala la delegación de la Dirección de Salud Mental de ASSE y de la Facultad de Psicología)

——La fundamentación sobre lo inapropiado del proyecto es clara. Por lo tanto, tenemos que poner a consideración su archivo, comunicando la decisión a la señora diputada Patricia Vázquez, quien lo presentó.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el archivo del proyecto de ley "Carné de Salud Básico y de Adolescente".

(Se vota)

——Tres por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

Se archiva el proyecto y se enviará a la señora diputada Patricia Vázquez la versión taquigráfica para que tome conocimiento de cuáles fueron los motivos por los que se tomó esta decisión.

Hay acuerdo para que en el día de mañana la Comisión sesione a la hora 13.

Se levanta la reunión.

===/